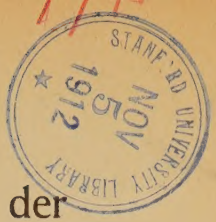

Ein Fall von Adenomyom der Cervix uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät der
K. B. Friedrich-Alexanders-Universität, Erlangen

vorgelegt von

Aloys Havestadt

aus Dülmen i. Westf.

Dülmen 1911.
Jos. Sievert, Buchdruckerei.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Prof. Dr. **Seitz.**

Dekan: Prof. Dr. **Denker.**

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0072

Obschon die Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitalapparates noch ziemlich jungen Datums ist, so ist doch in der Literatur der letzten Jahre ein reichhaltiges Material betreffs dieser Tumoren gesammelt worden. Viele Pathologen haben sich mit diesen Uterustumoren beschäftigt und das Bestreben aller ging dahin, ihre Genese zu erforschen. Vor den Forschungen v. Recklinghausens war man ziemlich allgemein der Ansicht, daß diese mit Epithel ausgekleideten Stränge und Hohlräume von der Uterusschleimhaut beziehungsweise von den Uterusdrüsen herstammen und man nahm weiter an, daß sich bereits im embryonalen Leben diese drüsigen Bestandteile von dem Gewebe des Müllerschen Ganges abschnüren, irgendwohin verdrängt werden und dann später zu diesen Tumorbildungen veranlassen. v. Recklinghausen trat gegen dieses Dogma auf und behauptete, die drüsigen Bestandteile rührten von Resten des Wolfschen Körpers her. Er stellte eine umfangreiche Untersuchung von solchen Tumoren an, sei es, daß er sie bei Sektionen zufällig fand, sei es, daß sie zur Operation kamen und legte dann seine gewonnene Ansicht in seinem 1896 erschienenen Werke: „Die Adenomyome und Cystadenomyome der Uterus und Tubenwandung" nieder und behauptete, daß die Drüsenform der Tumoren genau mit den drüsigen Bestandteilen des Wolfschen Körpers übereinstimmten. Doch noch bevor diese Arbeit erschien, kam ein Fall in seinen Besitz, dessen drüsige Elemente unbedingt

darauf zurückzuführen waren, daß sie aus der Uterusschleimhaut selbst, beziehungsweise den Uterusdrüsen stammten. Und nun teilte v. Recklinghausen die Adenomyome in 2 Gruppen ein und sagte, daß die aus dem Wolfschen Körper stammenden dorsal sitzen, während die von der Schleimhaut ausgehenden immer als centrale Geschwulst erscheinen und einen ventralen Sitz haben. Diese seine Ansicht ist nun viel kritisiert und von manchen Autoren direkt in Abrede gestellt worden und zu den Hauptgegnern der v. Recklinghausenschen Theorie gehören Kossmann und v. Lockstädt. Ersterer leugnet das Vorkommen der Urnierenadenomyome vollständig, während letzterer zwar die Richtigkeit der v. Recklinghausenschen Theorie nicht ganz in Abrede stellt, dagegen aber sagt, daß der größte Teil der Adenomyome schleimhäutigen Ursprungs sei. Jedoch hat von Recklinghausens Theorie auch seine Anhänger gefunden und einer der eifrigsten Verteidiger dieser Lehre ist Pick, der dieselbe gleichfalls an der Hand eines reichlichen Materials zu beweisen sucht. R. Meyer dagegen schließt sich bald der v. Recklinghausenschen Lehre und seinen Anhängern, bald den Gegnern an und meint auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen und Befunde, daß die Adenomyome sowohl auf Reste der Urniere und den Wolfschen Gang, als auch auf embryonal versprengte Schleimhautkeime und drüsige Neubildung zurückzuführen seien, schließlich sei auch eine Combination beider ursächlichen Momente möglich, doch spiele die Urnierentheorie die größte Rolle. So sehen wir, daß Belege für und gegen v. Recklinghausens Theorie gebracht sind, jedoch eine richtige Widerlegung nicht gelungen ist. Durch diese verschiedenen Theorien, die von bedeutenden Männern aufgestellt sind, wurde man erst recht auf die Adenomyome aufmerksam und zahlreich ist das Material, das seitdem beschrieben

und veröffentlicht ist. Als neues Moment kam nun noch hinzu, daß die Adenomyome kein spezifisches Krankheitsbild bieten und in ihrem klinischen Verhalten häufig dieselben Symptome wie die Myome machen und daher vielfach zu Fehldiagnosen Anlaß geben, ja nur in seltenen Fällen werden sie bereits vor der Operation als Adenomyome diagnostiziert. Zwar kommt es auch vor, daß diese Geschwülste in die Umgebung hereinwuchern und andere Organe wie das Rektum durchsetzen und dann leicht zur Diagnose Carcinom führen, aber meistens sind diese Wucherungen auch gutartiger Natur und von dem Charakter des Adenomyoms, doch kommt es auch wirklich zum Übergang in Carcinom und schon v. Recklinghausen fand bei seinen Untersuchungen drei Fälle, die er als Combination des Adenomyoms mit Carcinom darstellt, während Pick einen Fall von Adenomyom mit Übergang in Carcinom beschreibt. Aus der großen Literatur der letzten Jahre führe ich nun im folgenden einige Fälle an und zwar:

1. Fälle, die sich nur auf den Uterus und die Cervix beschränken und als reine Adenomyome zu bezeichnen sind.
2. Fälle, die sich durch starke Wucherung in die Umgebung auszeichnen, aber auch als reine Adenomyome diagnostiziert wurden,
3. einen Fall mit Übergang in Carcinom und Metastastenbildung.

So berichtet uns Ernst über einen Fall von Adenomyom, der im Jahre 1905 in der Züricher Klinik beobachtet wurde. Es handelte sich um eine 52 Jahre alte Frau, die wegen Zunahme des Leibes zum Arzt ging und von dem letzteren der Klinik überwiesen wurde. Durch die innere Untersuchung wurde im vorderen Scheidengewölbe ein Tumor von glatter Oberfläche und praller elastischer Consistenz festge-

stellt, der nicht verschieblich ist. Bei der Untersuchung in Narkose zeigt sich, daß der Tumor mit dem Uterus möglicherweise in Zusammenhang ist, da er nicht vollständig isoliert werden kann. Diagnose lautete auf Ovarialcyste, Cystofibrom nicht ausgeschlossen. Bei der Operation fand man nun einen cystischen Tumor, aus dem sich nach Incision eine braune, mit flüssigem, alten Blut und Blutgerinnseln gemischte Flüssigkeit entleert. Bei der näheren Untersuchueg stellte er eine große mit Granulationsgewebe ausgekleidete und einer verschieden dicken fibromyomatösen Wand versehene Cyste dar, die kleinere Cystchen in ihrer Vorderwand beherbergt. Der Inhalt der großen Cyste bestand in einer braunen blutähnlichen Flüssigkeit. Der Tumor liegt der hinteren Wand des Uterus an. Im Myometrium der Stielgegend zahlreich abgesprengte Uterindrüsen. Die Schleimhaut der linken Tube atrophisch. Geschwulst wie auch Myometrium zeichnen sich durch starken Blutgefäßreichtum aus. Auf Grund dieser Befunde kam man zur Diagnose: „Subseröses, voluminöses Adenocystomyom des Uterus, einerseits zurückzuführen auf Reste des Wolfschen Körpers, anderseits handelt es sich um embryonal oder postembryonal ins myomatöse Myometrium verlagerte Bestandteile der Müllerschen Gänge.

Über einen weiteren Fall berichten Semmelinck und Josselin De Jong wie folgt: Vor längerer Zeit wurde einer von uns zur Consultation gerufen zu einer 48jährigen Virgo, welche seit einem Jahre in der Behandlung ihres Hausarztes war wegen starker menstrueller Blutungen mit Schmerzen und später auftretendem Druckgefühl an Blase und Rektum. Patientin ist stark anämisch und fühlt sich sehr schwach. Die Untersuchung, die bei der sehr empfindlichen Patientin nur ziemlich oberflächlich vorgenommen werden konnte, ergab, daß von außen über der Symphyse und haupt-

sächlich links von der Medianlinie im Bauch ein ziemlich großer und harter Tumor zu fühlen war, der bis etwa Nabelhöhe reicht und mit der Portio vaginalis zusammenhängt. Es wurde vorläufig nur ein myomatöser Uterus diagnostiziert. Da die Blutungen nach Aussage der Patientin und des Hausarztes sich vermehrt haben, wird zur Operation geschritten. Bei der nochmaligen Untersuchung in Narkose wurde festgestellt, daß der Haupttumor links von der Medianlinie liegt, etwas weiter von diesem links ein kleinerer, ungefähr in der Medianlinie vorne ein dritter, der als corpus uteri imponiert und vom Haupttumor überragt wird, schließlich undeutlich ein vierter Tumor rechts vom dritten. Es wurde die Totalexstirpation vorgenommen, die sich ziemlich schwierig gestaltete infolge der festen Einlagerung der Tumoren. Doch gelang es ohne Nebenverletzungen und unter sehr mäßigen Blutverlusten. Nur rissen öfters die cystischen Tumoren ein und entleerten schokoladeähnliche, zähschleimige Flüssigkeit. Die Heilung geschah per primam und die Patientin hat sich rasch erholt. Das corpus uteri ist nach links vergrößert durch eine dickwandige Cyste, die sich vom linken Uterushorn nach vorn nicht ganz bis an die Medianlinie, nach abwärts bis an die Cervix erstreckt. Auf einem horizontalen Schnitt durch die Mitte zeigt sich die hinten und seitlich erhaltene Wand fast 1 cm dick, mit dem Myometrium fest verwachsen. Auch ist ein deutlicher Unterschied zwischen Uterus und Tumorwand zu erkennen. Und auf allen Schnitten finden sich schon makroskopisch kleine und größere Cysten. Beide halten nach diesem Befund und ihrer weiteren genauen Untersuchung den oben beschriebenen Fall für ein Adenomyom und zwar ein diffuses von außerordentlicher Verbreitung und in allen Teilen gleichartiger, identischer Struktur. Letztere zeigt große Ähnlichkeit mit der einer Uterusmukosa, ist davon

aber verschieden durch die größere Breite, das Fehlen einer Basalmenbran und die unregelmäßige Form der Drüsen. Trotz der großen Ähnlichkeit mit der Uterusmukosa halten sie die Neubildung nicht für aus den Müllerschen Gang entstanden; auch kommt ihnen eine Abstammung aus dem Serosaepithel wenig wahrscheinlich vor, sondern sie führen ihren Ursprung zurück auf Derivate des Wolfschen Körpers wegen der ausgedehnten, flächenhaften Tumorbildung am Uterusrücken, welche nach oben und unten fast das ganze corpus uteri bedeckt, nach links oben in das cystische veränderte Ovarium tief hineinwächst. In diesem Teil der Neubildung ist der Drüsenteil sehr stark, das Myom weniger entwickelt. Je weiter nach rechts, um so stärker ist die Neubildung.

Auch Rosenstein berichtet in der Gynäkologischen Gesellschaft, Sitzung vom 21. Januar 1908 über drei von ihm operierte Fälle von Adenomyom, die sich auf den Uterus beschränkten. Bei dem ersten Falle handelte es sich um eine 45jährige Frau mit starken und anhaltenden Blutungen. Bei der Operation, die mittels paravaginalen Hilfschnittes ausgeführt wurde, fand sich ein ziemlich großer Tumor. Der Uterus zeigte sich kindskopfgroß; die myomatöse Infiltration betraf die rechte hintere Wand. Außerdem bestanden verschiedene kirsch- bis wallnußgroße Kugelmyome. Nach seiner Ansicht scheint das Adenomyom nicht von der Schleimhaut auszugehen und kann als v. Recklinghausenscher Tumor gedeutet werden. — Im 2. Falle handelt es sich um eine 55jährige Fünftgebärende. Seit 3 Jahren leidet sie an unregelmäßigen und anhaltenden Blutungen. Die Operation wird vaginal ausgeführt. Infolge von Myocarditis trat in der Heilung eine Störung ein, die aber durch Ruhe von mehreren Wochen überstanden wurde. Dann wurde Patientin als geheilt entlassen. Der Uterus war stark ver-

größert und nach rechts und hinten über handbreit verdickt, sowohl in der Muskularis als auch in der Muskosa, von der der Tumor wahrscheinlich seinen Ausgang genommen hat. — Fall 3 zeigt uns eine 41jährige Frau. Sie ist seit 9 Jahren leidend und wurde wegen starker Blutungen schon früher ausgekratzt, zuletzt vor 3 Jahren, wo ihr angeblich außerdem die „Gebärmutteradern" unterbunden wurden. Es wurde ihr nun im Sommer 1908 die Operation angeraten. Sie konnte sich jedoch nicht eher dazu entschließen, bis sie eines Nachts eine so foudroyante Blutung bekam, der sie zu erliegen drohte und sich lange nicht erholen konnte. Da Patientin sehr anänisch war, wurde zuerst versucht, durch Pflege, Medikamente und Bettruhe eine Kräftigung herbeizuführen. Die Frau hatte aber leichte Temperatur bis 37,3 und war nach 8 Tagen der Pflege keineswegs gebessert. So entschloß man sich zur Operation Laparotomie. Uterus fand sich kindskopfgroß vor und hinter demselben war vom Douglas aus ein höckriger Tumor zu fühlen. Es wurde Totalexstirpation vorgenommen und auch hier kam es schnell zur Heilung. Mikroskopisch fand man, daß das Muskelgewebe mit Drüsenhaufen durchsetzt war und zwar nicht nur in der Nähe der Mukosa, sondern innerhalb der ganzen Muskularis bis tief in die Nähe der Serosa. Der Tumor nimmt die ganze hintere Wand des Corpus uteri ein und man hält ihn gleichfalls für einen v. Recklinghausenschen Tumor.

Bei den nun folgenden 7 Fällen kam man vor der Operation zu keinem richtigen Resultat und man ließ die Diagnose offen, da die Geschwülste ihrer enormen Verwachsung wegen als maligne Tumoren gedeutet werden konnten. Über den ersten Fall berichtet uns Füth, auf den er zufällig auf einer norwegischen Reise durch ein mikroskopisches Präparat aufmerksam wurde und der ihm von Dr. Ouren zur

Verfügung gestellt wurde. Es handelte sich um eine 34 Jahre alte virgo, die vor 5 Jahren nach einer Periode starke Schmerzen rechts im Unterleib verspürte. Seitdem waren die menses regelmäßig schmerzhaft. Seit mehreren Jahren leidet Patientin an Obstipation, in der letzten Zeit stellte sich etwas Ausfluß ein. Sie kam dann wegen Schmerzen im Unterleib, namentlich während der Periode und in dieser Zeit fast unerträglich, Ende Juli 1902 zu Dr. Ouren. Die Untersuchung ergab im hintern Scheidengewölbe, dieses ganz ausfüllend und bis zur Höhe des äußeren Muttermundes herabreichend, eine weiche 3 Markstückgroße ulzerierte, leicht blutende Masse, die sich nach oben hinter der Cervix und dem Uterus in einen etwa faustgroßen Tumor fortsetzt und mit ersterem fest zusammenhängt. Der Uterus ist wenig vergrößert und unbeweglich. Nach rechts reicht der Tumor bis an die Beckenwand, nach links überragt er nur wenig die Seitenkante des Uterus. Bei der Rektaluntersuchung fühlte man den Tumor durch die vordere Rektalwand durch. Die Schleimhaut ist glatt und überall leicht verschieblich. Eine bestimmte Diagnose wurde nicht gestellt, jedoch dachte man auf Grund des Befundes und der klinischen Symptome an einen malignen Tumor und zwar in erster Linie von den Adnexen ausgehend. Jedoch entschloß man sich der starken Beschwerden und Schmerzen wegen zur Operation am 9. August 1902, die die Verhältnisse ziemlich genau so ergab, wie sie vorher festgestellt waren. Durch die enormen Verwachsungen gestaltete sich die Operation zu einer sehr schwierigen. Die Heilung erfolgte glatt und Patientin wurde nach 45 Tagen als geheilt entlassen. Auch aus späteren Berichten der Patientin geht hervor, daß es ihr weiter gut geht. Durch die mikroskopische Untersuchung wurde jedoch festgestellt, daß es sich um ein Adenomyom handelte, da

die eigentümliche Geschwulst Drüsengewebe enthielt. Die einzelnen Schläuche sind längs, quer oder schräg getroffen und meist von reichlichem cytogenen Gewebe umgeben. Die Uterusmukose ist schon makroskopisch scharf von der Geschwulst getrennt, läßt mikroskopisch nirgendwo Fortsätze erkennen, die etwa die zwischenliegende Muskulatur durchsetzen und in den Tumor eindringen. Auch die Cervikalschleimhaut ist von der Geschwulst vollständig getrennt.

Weiter veröffentlicht Kleinhans 2 ähnliche Fälle. Im ersten Falle handelt es sich um eine 44jährige Frau, die im Sommer 1902 geringen bräunlichen Ausfluß aus der Scheide bemerkte. Nach längerer Zeit ging sie zu einem Arzte, der sie untersuchte und dann der Klinik überwies. Hier wurde durch die Untersuchung festgestellt, daß sich im obersten Drittel der hinteren Vaginalwand eine bis nahe an die Portio reichende Neubildung befindet. Sie besteht teils aus dicht aneinander gelagerten Läppchen, teils aus mehr plumpen, papillenähnlichen Excrescenzen bis zu circa 3 mm Höhe und ebensolcher Breite, zwischen denen bräunliches Sekret angesammelt ist. Es wurden zwecks histologischer Untersuchung zwei Läppchen möglichst an der Basis abgetragen. Da man aber infolge dieser Untersuchung zu keinem richtigen Resultat kam, so entschied man sich doch zur Operation und zwar zur möglichst ausgiebigen Entfernung. Die Exstirpation gelang vollständig und die Frau wurde nach 17 Tagen als ganz geheilt entlassen. Nach der genauen mikroskopischen Untersuchung des Präparates kam man auch hier zu der Überzeugung, daß es sich zweifellos um ein Adenomyom handele, welches den obersten Teil der hinteren Scheidenwand zum Entstehungsort habe und während des weiteren Wachstums verschmolzen sowie mit dem Rektum verlötet sei. Eine maligne Neubildung sei vollständig auszu-

schließen. — Der zweite Fall war eine 40jährige ledige Frau. Die Menses waren stets schmerzhaft. Im Februar 1903 entdeckte Patientin zur Zeit der Menses, die wiederum mit Schmerzen einhergingen, eine kugelige bewegliche Geschwulst in der linken Unterleibsseite, die sich in der Folge nach rechts verlagerte. In den letzten Monaten sei diese Geschwulst, die nie schmerzte, gewachsen. Die Untersuchung ergab nun oberhalb der Symphyse links von der Mittellinie eine circa faustgroße, derbe, bewegliche Geschwulst, die breit mit dem fundus uteri zusammenhing und außerdem in das Rektum hinein eine etwa taubeneigroße Prominenz schickte. Man ließ die Diagnose offen und bei der Operation fand man ein vom fundus uteri ausgehendes, faustgroßes, breites und kurz gestieltes Myom. Der Uterus war retrovertiert und an seiner hinteren Fläche mit dem Rektum fest verwachsen. Hier fand sich auch die bereits vor der Operation gefühlte Prominenz, die der Rektumwand angehörte. Man nahm an, daß es sich hier um eine maligne Neubildung mit Übergreifen auf den Mastdarm handelte und resezierte ein circa 10 cm langes Mastdarmstück. Jedoch ergab die histologische Untersuchung eine Wucherung von Drüsenschläuchen und Muskelgewebe und nun war die Diagnose Adenomyom sicher.

Auch ein von Neumann beschriebener Fall sei hier angeführt, der an der Leipziger Klinik beobachtet und operiert wurde. Es war eine 44jährige Nullipara, die in der Kindheit an Chlorose litt; vor 8 Jahren zeigten sich im Verlauf eines Monats 5 mal heftige Genitalblutungen; die Menses setzten mit 16 Jahren ein, waren regelmäßig, aber immer sehr stark. Vor 9 Jahren hob Patientin zur Zeit der Menses einen schweren Gegenstand, worauf sich plötzlich Kreuzschmerzen einstellten und bald darauf ein Vorfall sich ausbildete. Seitdem trug Patientin ein Pessar, das vor

3 Wochen herausfiel; infolgedessen war sie in der Verrichtung ihrer Arbeit sehr gestört und kam in die Klinik. Die vorgenommene Untersuchung ergab neben einem Prolaps einen wallnusgroßen dem Uterus links aufsitzenden Tumor, welcher als ein mit dem Uterus verlötetes Ovarium gedeutet werden konnte. Der Uterus fühlte sich uneben an. Rechts vom Uterus ebenfalls ein Tumor, der aber nicht eng mit demselben zusammenhing. Bei der Operation fand man vom rechten Uterushorn ausgehend eine über faustgroße Hydrosolpinx, die mit der Umgebung leicht verwachsen war, sowie einen vollständig myomatösen Uterus, der total exstirpiert wird. Die Heilung ging ungestört vor sich und Patientin wurde am 20. Tage nach der Operation entlassen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man inmitten der muskulösen Grundsubstanz kleinere und größere, aus dichtem Bindegewebe bestehende unregelmäßig gestaltete Gewebsinseln, die Ausläufer in das Muskelgewebe hineinsenden und als wichtigen Bestandteil dieser Inseln erkannte man Drüsenschläuche, die zumeist als runde, ovale Röhrchen ohne irgend eine regelmäßige Anordnung in das zellreiche Gewebe eingebettet lagen. Es wurden noch verschiedene andere Präparate untersucht und kam auch hier zur Diagnose Adenomyom des Uterus.

Weiter folgen nun 3 Fälle von Sitzenfrey aus der Gießener Klinik, die mit den letzten Fällen besonders den von Kleinhans sehr viel Ähnlichkeit haben. Fall 1 war eine 54jährige Frau. Sie hatte die Menses zum ersten Mal mit 17 Jahren. Dieselben waren immer regelmäßig, mittel stark, jedoch ohne Beschwerden. Letzte regelmäßige Periode Ostern 1908; dann blieb sie 11 Wochen aus, worauf eine Blutung einsetzte, die mit wechselnder Intensität bis zur Aufnahme anhielt. Patientin gab an, in letzter Zeit abgemagert zu sein,

klagte über Verdauungsbeschwerden und unregelmäßigen angehaltenen Stuhlgang. Patientin führte die Abmagerung auf die wegen Appetitlosigkeit geringe Nahrungszufuhr zurück. Die äußere Untersuchung ergab, daß man oberhalb der Symphyse, dieselbe um 3 Querfinger überragend, die obere Kuppe einer derben Geschwulst fühlte, die nicht druckempfindlich war und nur gering nach der Seite verschieblich. Die innere Untersuchung dagegen: „Äußerer Muttermund quer, für die Fingerkuppe passierbar. Das Corpus uteri anteflektiert, mannsfaustgroß durch anscheinend in die Vorderwand eingelagerte Myome. Cervix verbreitert und an der hinteren Cervixwand in der Gegend des inneren Muttermundes eine fast taubeneigroße Anschwellung, die mit einem höher gelegenen Abschnitt des Rektums verwachsen zu sein schien. Per Rektum ließ sich die Hinterwand des Cervixknotens besser abtasten. Bei der Operation zeigten sich enorme Verwachsungen. Die beabsichtigte Entfernung des Uterus im Zusammenhang mit dem Mastdarmstück erwies sich als unmöglich. Es wurde zuerst der Uterus abgetrennt und entfernt und dann ein 9 cm langes Rektumstück. Nach einigen Wochen wurde Patientin als geheilt entlassen. Es wurde die Diagnose auf Adenomyom des Uterus mit Übergreifen auf das Rektum gestellt, weil der Uterus durch vielfache und wie die eingehende Untersuchung nach der Operation nun sicher stellte, reine Kugelmyome vergrößert und die Verwachsung der hinteren Cervixwand mit einem Darmabschnitt nachweisbar war. Und Sitzenfrey sagt selbst, daß man, wenn die Kugelmyome gefehlt hätten, sicher einen malignen Tumor mit Übergang auf die hintere Cervix angenommen hätte. — Beim zweiten Fall handelte es sich um ein 42jähriges Fräulein. Die Menses traten zuerst mit 13 Jahren auf, anfangs waren sie unregelmäßig, später regelmäßig, reichlich 2—3 Tage,

jedoch ohne Schmerzen. Patientin klagte über Druckgefühl im Mastdarm und Erschwerung der Harnentleerung. Oberhalb der Symphyse war eine leichte Vorwölbung sichtbar und dieser entsprechend eine aus dem kleinen Becken emporsteigende median gelegene, kindskopfgroße, derbe Geschwulst zu tasten, Die Geschwulst ist von glatter Oberfläche und etwas verschieblich. Vagina eng, Portio gegen das Kreuzbein gerichtet, konisch, derb; Muttermund quer oval. Die Cervix geht über in die oben beschriebene Geschwulst. Hintere Cervixwand uneben, knollig, anscheinend mit der vorderen Rektalwand verwachsen. Bei der Operation zeigte es sich, daß der Tumor wesentlich von der Vorderwand ausging, die Rückwand der Cervix war mit dem Rektum verwachsen. Da die ganze Rückwand von kleinsten Knötchen durchsetzt erschien, wurde in der Annahme eines auf die Cervix ausgedehnten Adenomyoms statt der beabsichtigten superavaginalen Amputation die Totalexstirpation beschlossen. Das Rektum wurde teils stumpf, teils scharf von der Rückwand der Cervix vorsichtig abgelöst. Die Heilung erfolgte glatt und Patientin wurde nach 4 Wochen als geheilt entlassen. Und die angenommene Diagnose Adenomyom wurde durch die histologische Untersuchung des Präparates bestätigt. — Fall 3 war eine 46jährige Frau, die seit $^1/_2$ Jahr an unregelmäßigen Blutungen litt. Die Untersuchung ergab einen sehr großen, knolligen Uterus; außerdem war zwischen hinterer Cervixwand bezw. hinterem Scheidengewölbe und Rektum eine derbe Resistenz zu fühlen, die knötchenartige Verdickungen zeigte und die Annahme eines Adenomyoms wahrscheinlich machte. Bei der vaginalen Totalexstirpation fand man eine so innige Verwachsung der retrocervikalen Gewebsmasse mit dem Rektum, daß Teile derselben am Rektum zurückbleiben mußten, jedoch erfolgte

trotzdem die Heilung glatt und es konnte bis jetzt eine nachträgliche Tumorbildung nicht beobachtet werden.

Gerade diese letzten sieben Fälle zeigen deutlich, daß die Adenomyome wenn auch gerade nicht häufig auf ein benachbartes Organ übergreifen und angesichts dieser Tatsache muß man sich wohl die Frage vorlegen, ob hier ein maligner Prozeß vorliegt oder nicht. Daß Adenomyome auch bösartig werden können, ist durch eine Reihe von Beobachtungen sicher gestellt und Rolly berichtet uns über einen Fall von Adenomyom mit Übergang in Carcinom und Metastastenbildung, den ich hier nun folgen lasse. Es handelte sich um eine 54jährige Patientin. Sie gab an, im 40. Lebensjahr einmal geringe Schmerzen beim Wasserlassen gehabt zu haben. Gleich nach dem Urinieren sei ziemlich viel reines Blut gekommen. 10 Tage dauerte dieser Zustand. Im 50. Lebensjahre trat dann 2—3 Tage derselbe Blutabgang im Urin auf. Nach weiteren 2 Jahren hatte Patientin einige Tage saures Aufstoßen, dann Brechen von Schleim und Brennen im Magen, es traten hinzu Gelbsucht und starke Schmerzen in der rechten Seite. Nach 14 Tagen genas Patientin wieder und war dann für einige Zeit wieder gesund. Dann bekam sie stechende Schmerzen auf beiden Seiten und im Rücken. Die Schmerzen nahmen derart zu, daß sie das Bett hüten mußte. Der Appetit wurde schlecht, Stuhl angehalten, ein Aufrichten des Körpers war unmöglich, sodaß decubitus entstand. Es trat häufiges Erbrechen ein, die Kräfte und der Ernährungszustand nahmen ab. Der Leib war stärker angeschwollen und 14 Tage hatte Patientin keinen Stuhlgang. Sie wurde dann in die innere Klinik aufgenommen. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends, es traten noch verschiedene Krankheiten wie Pneumonie ect hinzu und nach 3 Monaten

kam sie zum exitus. Bei der Sektion fand sich der Uterus stark vergrößert, durch 2 apfelgroße und mehrere kleinere derbe, intramurale Myome vergrößert. Außerdem verschiedene Metastasen in den Lungen, der Leber etc. Die genaue mikroskopische Untersuchung führte zur Diagnose „Intramurale, verkalkte Myome des Uterus. Linksseitiges Cystadenom mit Übergang in Carcinom mit Metastasen in den Knochen, der Pleura, den Lymphdrüsen und der Leber."

Aus all diesen Fällen geht deutlich hervor, daß das Adenomyom kein spezifisches Krankheitsbild bietet, vielmehr dem des Myoms gleicht. Die Diagnose ist daher nur ausnahmsweise ante operationem zu stellen. Schwere degenerative Prozesse, wie Vereiterung, Gangrän treten beim Adenomyom nicht auf, dagegen wurde karzinomatöse Entartung des öfteren beobachtet. Und durch die Schwierigkeit der Diagnose, sowie durch die Berücksichtigung der Tatsache, daß die Adenomyome durch karzinomatöse Degeneration sowie durch Wucherung einen malignen Charakter erhalten bezw. vortäuschen können, ist die Lage des Operateurs häufig als eine mißliche zu bezeichnen. Handelt es sich doch oft um Frauen, die durch große Blutverluste schon sehr geschwächt und heruntergekommen sind. Und für diese würde dann die Totalexstirpation des Uterus schon allein einen schweren Eingriff bedeuten. Und nun muß sich der Operateur, dem durch das Übergreifen einer Geschwulst auf das Rektum etc die Vorstellung der Malignität wachgerufen wird und dann die Annahme eines primären Mastdarmkarzinoms vorschwebt, entscheiden, ob der Exstirpation des Uterus eine noch eingreifendere Operation, eine Mastdarmresektion anzuschließen ist.

Ich gehe jetzt zu dem in der Erlanger Klinik beobachteten Falle über, den ich hier veröffentlichen soll. Auch hier konnte man anfangs betreffs der Diagnose

zu keinem richtigen Resultat kommen und man dachte an maligne Tumoren. Das Nähere des Falles ist nun wie folgt.

Anamnese. B., Katharina 42 Jahre alt wurde zum ersten Male in die hiesige Klinik aufgenommen am 22. 8. 1909. Der Vater † war 17 Jahre lang rückenmarksleidend, die Mutter ist am Herzschlag gestorben und hatte langjähriges Blasenleiden. Eine Schwester ist lungenleidend. Patientin hatte Bleichsucht und war immer kränklich, sie hatte viel Kartarrhe und hustete viel. Vor 12 Jahren machte sie eine Rippenfellentzündung durch. Sie hört von Jugend auf schlecht. Die erste Periode trat mit 16 Jahren auf, war regelmäßig alle 4 Wochen, dauerte 6 bis 7 Tage, mit mäßiger Blutung und krampfartigen Schmerzen in den Oberschenkeln verbunden. Vor 15 Jahren blieb die Periode ein Mal angeblich infolge von Luftveränderung 6 Wochen aus. Die letzte Periode war am 3. August. Entbindungen hat Patientin keine durchgemacht, ebenso keine Fehlgeburten.

Damaligen Beschwerden. Patientin war zur Invaliditätsgutachtung und Behandlung wegen Bronchialkatarrhes in der Medizinischen Klinik. Da sie beim Husten starke Schmerzen in der rechten Seite hatte, — sie glaubte, es sei bei ihr etwas „zersprengt“ — so wurde sie vaginal untersucht und dann der Frauenklinik überwiesen. Sonst hat Patientin keine weiteren Unterleibsbeschwerden, nur bei innerlicher Untersuchung starke Schmerzen im After. Sie hat in letzter Zeit 21 Pfund abgenommen. Außer Husten, Auswurf und asthmatischen Beschwerden sowie manchmal Fieber und allgemeiner Mattigkeit, klagt sie noch über hartnäckige Verstopfung. Nachtschweiße sind nicht vorhanden.

Status. Ziemlich große, kräftig gebaute Person von leidlichem Aussehen in sehr gutem Ernährungs-

zustand. Nervensystem ohne Befund. Keine Drüsenschwellungen. Rhachitisch verkrümmtes Sternum. Die Lungengrenzen sind an normaler Stelle, aber sehr schlecht verschieblich. Über der linken Spitze geringe Schallverkürzung. Über der ganzen Lunge das Inspirium ziemlich rauh, darnach laute pfeifende und brummende Geräusche. Die Herzdämpfung verhältnismäßig klein. Der Spitzenstoß ist nicht zu fühlen. Die Töne sehr leise und der erste Ton an der Spitze etwas dumpf. Der Puls ist regelmäßig, mittelkräftig und zählt 96 Schläge. Der Urin ist ohne Eiweiß und Zucker.

Gynäkologischer Status. In der Bauchhöhle befindet sich keine freie Flüssigkeit. Die Bauchdecken abnorm fett. Das Abdomen aufgetrieben. Der Introitus vaginae geschlossen. Die Urethralmündung auffallend weit. Hymenalsaum erhalten. Patientin ist mit einem Finger gut zu untersuchen. Die Portio steht dicht hinter der Symphyse und ist virginell, dicht hinter der Portio im hinteren Scheidengewölbe fühlt man höckrige polypenartige Wucherungen. Das corpus uteri läßt sich bei der Dicke der Bauchdecken nicht abtasten. Der ganze uterus ist unbeweglich. Vom Recktum aus fühlt man eine große Infiltration hinter dem Uterus, welche beiderseits an das Becken heranreicht. Die Rektalschleimhaut ist überall glatt. Die Diagnose lautete auf maligne Tumoren im Douglas. Jedoch wird zwecks histologischer Untersuchung mit der Schere ein linsengroßes Stückchen von den Wucherungen im hinteren Scheidengewölbe abgetragen. In diesem Stückchen hat sich aber keine maligne Veränderung gefunden. Dieselbe sitzt offenbar tiefer und geht vielleicht von einer höheren Partie des Rektums aus. Darauf wird noch eine Magenuntersuchung vorgenommen. Es werden circa 100 ccm gut verarbeiteten Inhalts entnommen und eine Gesamtacidität

von 60, freie H Cl positiv, Milchsäure negativ gefunden. Darauf wird Patientin am 28. 8. 1909 als ungeheilt entlassen. Nach einigen Monaten jedoch kam sie am 19. 5. 1910 zurück, da die Schmerzen während der Periode sich vermehrt hatten und in letzter Zeit auch länger dauerten, sodaß Patientin zwischen 2 Perioden nur ungefähr 8 Tage beschwerdefrei war. Die andern Beschwerden sind dieselben geblieben und auch der Status ist derselbe. Es wurde nun nochmals eine Vaginaluntersuchung gemacht und gefunden, daß die Bauchdecken sehr fettreich, die Vulva geschlossen, der Introitus eng und nur für 2 Finger durchgängig war. Portio virginell, Scheidengewölbe kurz. An der Portio lauter kleine erbsen- bis bohnengroße Geschwulstteile, welche in das hintere Scheidengewölbe übergehen. Im Douglas eine Verdickung. Portio unbeweglich. Rektalschleimhaut beweglich. Die Operation wurde vorgenommen am 20. Mai 1910.

Operationsbericht. Da einerseits die Patientin große Beschwerden hat, anderseits der Tumor in der hinteren Scheidenwand seit einem halben Jahre nicht wesentlich gewachsen zu sein scheint, wird angenommen, daß es sich um ein Adenomyom des hinteren Scheidengewölbes mit Wachstum nach hinten handele und deshalb die Exstirpation vorgenommen. Da abdominal schwer beizukommen ist, zumal bei der großen Adipositas der Bauchdecken wird ein Schuchardtscher Hilfsschnitt links gemacht, das vordere Scheidengewölbe scharf abgetrennt, die Blase nach oben geschoben, der Uterus unter beständigem Höherfassen mit Zangen in seiner vorderen Wand gespalten, die Ligamente abgebunden und nunmehr die Schwellung hinten vom Rektum und Scheide abgebunden und abgetrennt. Die Ausführung ist technisch wegen der Straffheit des Gewebes und dem diffusen Über-

greifen des Tumors in die Umgebung sehr schwierig. Die rechte Arteria uterina entschlüpft wieder der Ligatur und sie wird, da sie hoch oben nicht unterbunden werden kann, in eine Klemme gefaßt, die liegen bleibt. Darauf Tamponade des offen bleibenden Peritoneums. Vernähung des Schuchardtschen Schnittes. Die Heilung ging nicht ohne Zwischenfälle vor sich. Die Wunde eiterte stark. Außerdem trat eine Cystitis ein mit Incontinentia urinae, die jedoch auf Sphinkterlähmung zurückzuführen ist. Auch stellte sich eine Thrombose des linken Beines ein, sowie Schüttelfröste mit Temperaturen bis 39,6. Aber unter Ruhe wurden auch diese Schwierigkeiten überwunden und die Heilung ging wenn auch langsam immer mehr vor sich und Patientin wurde am 12. August 1910 als geheilt entlassen.

Makroskopischer Befund. Der exstirpirte Uterus ist $7^1/_2$ cm lang, jedoch im ganzen nicht vergrößert. Das Adenomyom ist bei der Operation gänzlich entfernt. Die Ovarien sind zurückgeblieben. Die Cervix ist verbreitert und ganz von Tumormassen eingenommen, die sich in das Corpus uteri fortsetzen. Die Cervix weist an ihrer hinteren Wand die Abtrennungsfläche vom Rektum auf, die uneben ist und sich sehr derb anfühlt. Die Schleimhaut erscheint hypertrophisch. Dem linken Uterushorn sitzt ein wallnußgroßer Tumor auf.

Mikroskopischer Befund. Zur histologischen Untersuchung gelangen ein aus der Cervix herausgeschnittenes Stück, das nahe der Verwachsungsstelle sitzt, und ein weiteres aus dem Uterus selbst. In den Präparaten finden sich glatte Muskulatur und Drüseneinlagerungen, zum Teil infiltrierendes Wachstum. Die Drüseneinlagerungen sind einerseits von Muskelfasern umgeben, anderseits von zellreichem Gewebe. Die Drüsenschläuche sind häufig mehr oder weniger

stark durch Sekret erweitert, an einzelnen Stellen sehr in die Länge gezogen und spiralig gewunden. Die cystisch erweiterten Drüsen erstrecken sich an manchen Stellen tief in die Uterusmuskulatur hinein und enthalten zum Teil seröse Flüssigkeit, zum Teil Blut. Das Epithel ist einschichtig, in der Submukosa findet sich sowohl freies Blut als auch wahrscheinlich von früheren Blutungen herstammendes Pigment. In einigen Präparaten sind die Drüsenschläuche parallel angeordnet, sehr in die Länge gezogen und stellen schmale, längliche Schläuche dar mit mehrfachen Verzweigungen, Die Gefäßbildung ist nicht besonders reichlich.

Auf Grund dieser Erwägungen stellen wir auch in unserem Falle die Diagnose auf „Adenomyom". Und da hauptsächlich die Cervix von den Tumormassen eingenommen ist und anscheinend von dieser die Geschwulst auf das corpus uteri übergreift die spezielle Diagnose „Adenomyom der Cervix".

Zum Schluß der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Prof. Dr. Seitz für die gütige Überlassung der Arbeit sowie für die liebenswürdige Durchsicht derselben meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literaturangabe.

Ernst, Beitrag zur Kenntnis des Adenomyoma uteri. Archiv f. Gyn. Bd. 85 pag. 712.

Funke, Beitrag zur klinischen Diagnostik der Tubenwinkeladenomyome nebst Bemerkungen über die voluminösen Adenomyome. Deutsche med. Wochenschrift 3. Dez. 1903 Nr. 49.

Füth, Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus. Zentralblatt für Gyn. Jahrg. 1903 pag 626.

Hartz, Neuere Arbeiten über mesonephrische Geschwülste. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gyn. Bd. XIII pag. 95 und 244.

Hertwig, Entwicklungsgeschichte.

Kleinhans, Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltraktus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 52 p. 266.

Meyer, Über die Genese der Cystadenomyome und Adenomyome des Uterus. Zeitschr. für Geb. und Gyn Bd. 37 pag. 327.

Neumann, Über einen neuen Fall von Adenomyom. Archiv f. Gyn. Bd. 58.

Pick, Über Adenomyome des Epoophoron und Paraophoron. Virchows Archiv Bd. 156 p. 507.

Polano, Das klinische Verhalten des Adenomyoma corporis uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 54 p. 294.

v. Recklinghausen, Die Adenomyome und Cystadenomyome der Uterus und Tubenwandung. Berlin, Hirschwald 1896.

Derselbe, Über die Adenomyome des Uterus und der Tube. Wiener klin. Wochenschrift 1895 Nr. 29.

Rolly, Über einen Fall von Adenomyoma uteri mit Übergang in Carcinom und Metastasenbildung. Virchow Archiv Bd. 150 pag. 555.

Rosenstein, 3 Fälle von Adenomyom. Monatschr. für Geb. und Gyn. Bd. 27 pag 525.

Semmelink und Josselin de Jong, Beitrag zur Kenntnis der Adenomyome des weiblichen Genitalapparates. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 22 pag. 234.

Sitzenfrey, Das Übergreifen der Adenomyome des Uterus auf den Mastdarm. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 64 pag. 538.

Lebenslauf.

Verfasser, Aloys Havestadt, wurde geboren am 21. Dezember 1884 zu Dülmen i. W. als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Josef Havestadt und dessen Ehefrau Maria geb. Maybaum. Nachdem er die Elementar- und Rektoratschule seiner Heimatstadt besucht hatte, wurde er Schüler des Gymnasiums zu Coesfeld, das er Ostern 1905 mit dem Reifezeugnis verließ. Darauf bezog er die Universität Münster, um Theologie zu studieren, ging jedoch Herbst 1905 zum Studium der Medizin über und studierte dann an den Universitäten Münster (1 Semester), Kiel (4 Semester), wo er sich Ende Februar 1908 der ärztlichen Vorprüfung unterzog. Seine klinischen Semester verbrachte er in München (2 Semester), Berlin (1 Semester) und in Erlangen (2 Semester), wo er am 15. Dezember 1910 die ärztliche Prüfung bestand. Sein Medizinalpraktikanten-Jahr brachte er am St. Johannes-Krankenhaus in Dortmund zu.